Министерство образования Российской Федерации

Пензенский Государственный Университет

Медицинский Институт

Кафедра Терапии

Реферат на тему:

"Формы гломерулонефрита"

Пенза 2010

# План

Введение

1. Острый гломерулонефрит
2. Хронический гломерулонефрит
3. Очаговый гломерулонефрит

Литература

Введение

По клиническому течению различают острый и хронический гломерулонефрит. Острый гломерулонефрит чаще принимает циклическую форму, реже встречается ациклическая форма.

1. Острый гломерулонефрит

Циклическая форма острого гломерулонефрита возникает в среднем через 10- дней (от 1 до 3 недель) после стрептококкового заболевания или вакцинации. Начало заболевания острое: появляются головная боль, боли в пояснице, одышка, отеки на лице, часто отмечается олигурия; повышается артериальное давление; у 1/3 больных развивается лихорадка. С самого начала заболевания выражены изменения, мочи: у многих больных легко заметен ее буро-красный цвет, характерный для макрогематурии. Микрогематурия выявляется почти у всех женщин, так же как протеинурия и цилиндрурия. Чаете можно обнаружить лейкоцитурию, но при количественном исследовании осадка мочи в ней преобладают эритроциты. Нередко наблюдается умеренная азотемия. Почечная и внепочечная симптоматика заболевания сохраняется от нескольких дней до 2—3 недель. Затем постепенно, а иногда довольно быстро увеличивается количество мочи, снижается артериальное давление, исчезают отеки и признаки сердечной недостаточности. Изменения мочи сохраняются долго. Гематурия и протеинурия наблюдаются в течение нескольких месяцев, вплоть до полного выздоровления или перехода заболевания в хроническую форму. Ациклическая форма острого гломерулонефрита начинается постепенно, незаметно, проявляется маловыраженными отеками на ногах, слабостью, небольшой одышкой и случайно обнаруживаемыми изменениями в моче: протеинурией или гематурией. Болезнь удается диагностировать, если в анемнезе имеются указания на недавно перенесенное стрептококковое заболевание. Титры противострептококковых антител в этих случаях обычно повышены. Ациклическая форма острого гломерулонефрита чаще, чем циклическая, приобретает хроническое течение.

Во время беременности острый гломерулонефрит встречается редко. Это связано с тем, что заболевание обычно возникает в детском и юношеском возрасте. Кроме того, гиперпродукция глюкокортикоидов, свойственная беременности, по-видимому, препятствует развитию острого гломерулонефрита.

У больных острым гломерулонефритом беременность редко завершается благополучно. У большинства женщин плод погибает внутриутробно или заболевание приводит к преждевременному прерыванию беременности. Оба эти осложнения находятся в тесной зависимости от того, протекает гломерулонефрит с артериальной гипертонией или азотемией. При остром гломерулонефрите без гипертонии и азотемии прогноз более благоприятен. Острый, гломерулонефрит, если он возникает во второй половине беременности, может быть ошибочно принят за поздний токсикоз беременных. Это относится к циклической и в еще большей мере к ациклической форме заболевания. Для дифференциации этих состояний большое значение имеет микроскопическое исследование осадка мочи. Гематурия, кровяные цилиндры свойственны гломерулонефриту и не встречаются при нефропатии беременных. Высокий титр анти-О-стрептолизина также характерен для острого гломерулонефрита. Однако следует иметь в виду, что острый гломерулонефрит может быть нестрептококковой этиологии, тогда титр анти-О-стрептолизина останется низким.

Острый гломерулонефрит, перенесенный за год и более до беременности, после успешно проведенного лечения обычно не предрасполагает к развитию позднего токсикоза беременных, не влияет отрицательно на развитие плода, не оказывает заметного воздействия на последующую функцию почек. Иначе говоря, вылеченный острый нефрит отрицательно не отражается на течении беременности, состояния плода и женщины. В этом мы убедились, наблюдая 18 женщин, переболевших острым гломерулонефритом более чем за год до возникновения беременности. Аналогичные выводы были сделаны и другими исследователями.

2. Хронический гломерулонефрит

Острый гломерулонефрит, не вылеченный в течение года, считают перешедшим в хронический нефрит.

Различают следующие основные формы хронического гломерулонефрита (Е. М. Тареев, 1972):

1) злокачественную (подострая, быстро прогрессирующая);

2) смешанную;

3) нефротическую;

4) гипертоническую;

5) латентную;

6) терминальную.

Подострый злокачественный диффузный гломерулонефрит, в течение 1/2—1 1/2 лет приводящий к гибели больной, по-видимому, развивается у беременных крайне редко. Нам не встретилось ни одного описания такого наблюдения.

При смешанной форме хронического диффузного гломерулонефрита выражены как воспалительно-сосудистые изменения и связанная с ними гипертония, так я дистрофические изменения и связанные с ними протеинурия, гипопротеинемия, гиперхолестеринемия и отеки. Артериальное давление обычно умеренно повышено, тем не менее' могут наблюдаться изменения глазного дна, гипертрофия левого желудочка сердца, акцент II тона над аортой. Отеки небольшие и непостоянные. Протеинурия колеблется от следов до 6 г/л (60/00), в осадке мочи обнаруживают различные цилиндры, эритроциты, реже лейкоциты. При смешанной форме хронического гломерулонефрита в одних случаях могут преобладать признаки, характерные для гипертонического нефрита, в других — для нефротического. При этой форме заболевания могут наблюдаться приступы судорог, подобные припадкам эклампсии. Продолжительность жизни больных смешанной формой гломерулонефрита в среднем 5 лет.

Данный пример демонстрирует осложненное течение, как первой, так и второй беременности у женщины со смешанной формой хронического гломерулонефрита. Каждый раз к основному заболеванию присоединялся поздний токсикоз беременных и плод погибал анте- или интранатально.

Нефротическая форма хронического диффузного гломерулонефрита (старое название нефрозонефрят) характеризуется тетрадой симптомов: массивные отеки, выраженная протеинурия, гипопротеинемия и гиперхолестеринемия. Протеинурия может достигать 30 г/л (30%о) и более, в сутки выделяется больше 5 г белка. Вследствие этого развивается гипопротеинемия до 50—40 г/л (5—4 г%). Атрофируется мускулатура, больные жалуются на прогрессирующую слабость. Гипопротеинемические отеки появляются на ногах, затем на лице, туловище, возникает асцит; в наиболее тяжелых случаях наблюдаются отеки легких, мозга с судорогами и отек сетчатки глаз со слепотой. Больные жалуются на тошноту, отсутствие аппетита. Эти явления обусловлены отеком слизистой оболочки желудка. Резко уменьшается диурез. Из крови в мочу переходят преимущественно

альбумины, а1- и гамма-глобулины. В осадке мочи, находят гиалиновые и зернистые цилиндры. Диспротеинемия выражается в нарастании фракций а2- и гамма-глобулинов. Содержание холестерина крови достигает 7,8—15,6—26,0 ммоль/л (300—600—1000 мг%). Артериальное давление остается нормальным.

Для нефротической формы хронического диффузного гломерулонефрита, помимо дистрофических изменений, характерны также признаки воспалительного поражения почек, выражающиеся в скудной гематурии и уменьшенной клубочковой фильтрации. Почечная недостаточность у больных нефротической формой хронического гломерулонефрита наступает вследствие тяжелого поражения всего нефрона, в особенности канальцев. Увеличение азотистых веществ в крови появляется в тех случаях, когда функция почек понижается на 50% и более.

Течение нефротического синдрома во время беременности, как правило, благоприятное. В литературе описано немногим более 70 больных, 5 больных наблюдались российскими исследователями. Мнение исследователей в отношении этих больных единодушно: беременность не способствует прогрессированию или обострению заболевания. Скорее, наоборот, во время беременности происходит некоторое улучшение состояния больных, по-видимому, под влиянием увеличения эндогенных оксикортикостероидов. Не происходит ухудшения состояния и в послеродовом периоде. Наблюдаемые у некоторых беременных усиление протеинурии и нарастание отеков могут быть скорригированы терапевтическими мероприятиями. Не величина протенурии, даже очень значительная, определяет неблагоприятный прогноз для беременной с нефротическим синдромом, а появление гипертонии или азотемии. Однако эти синдромы во время беременности обычно не развиваются. С селективной протеинурией, свойственной нефротическому синдрому, кровяное русло покидают иммуноглобулины G, их уровень в крови снижается. Возможно, это имеет определенное значение в появлении инфекционных осложнений, в частности инфекции мочевых путей. Существует мнение, что развитие отеков, снижение объема плазмы и гиперлипидемия создают высокий риск развития тромбоэмболии в родах и послеродовом периоде. Подобные указания следует иметь в виду, хотя мы не наблюдали инфекционных и тромбофлебитических осложнений при нефротической форме гломерулонефрита у беременных, рожениц и родильниц.

Гипертоническая форма хронического диффузного гломерулонефрита характеризуется повышением артериального давления и небольшими изменениями в моче: протеинурия, цилиндрурия,гематурия невелики и непостоянны. Эта форма хронического гломерулонефрита отличается длительным медленным развитием (20—30 лет). Она появляется часто после ациклического латентного острого гломерулонефрита или в результате перенесенной нефропатии беременных. Больные предъявляют мало жалоб и длительное время сохраняют трудоспособность. Развитие гипертонического синдрома напоминает течение доброкачественной формы гипертонической болезни: артериальное давление длительное время неустойчиво, затем становится стабильным. Чаще в большей мере повышено систолическое давление, оно колеблется в течение суток и обычно не приобретает злокачественного характера, т. е. медленно прогрессирует и не достигает крайне высоких цифр: систолическое редко превышает 200 мм, а диастолическое —120 мм рт. ст. Постепенно увеличиваются размеры левого желудочка сердца, появляется акцент II тона на аорте. При исследовании глазного дна выявляют сужение артерий, более глубокие изменения сетчатки редки и появляются поздно. Отеков нет. Протеинурия редко превышает 1 г/л (1%о). Цилиндрурия незначительная. Гематурия почти постоянная, число эритроцитов варьирует, но не бывает значительным. Медленное развитие гипертонической формы хронического гломерулонефрита объясняется незначительным поражением канальцев почек. Почечная недостаточность наступает, когда воспалительный процесс приводит к дистрофии большого количества нефронов. Азотемия развивается постепенно, медленно.

Латентная форма хронического диффузного гломерулонефрита характеризуется только скудным мочевым синдромом (небольшая протеинурия). Цилиндры и эритроциты 6 моче встречаются редко. Для уточнения особенностей мочевого осадка большое значение приобретают исследования его по Каковскому—Аддису или Нечипоренко. Больные обычно хорошо себя чувствуют и долгое время могут не знать о том, что они больны. Латентная форма хронического нефрита может продолжаться 10—20 лет и более и либо перейти в гипертоническую или нефротическую формы, либо сразу завершиться развитием почечной недостаточности. Латентная форма болезни встречается чаще других форм гломерулонефрита как вне, так и во время беременности.

К латентной форме гломерулонефрита относится гематурический нефрит, характеризующийся стойкой гематурией, незначительной протеинурией и отсутствием внепочечных симптомов заболевания. Эту форму гломерулонефрита нужно тщательно дифференцировать от урологических заболеваний почек и мочевых путей.

Терминальная форма хронического диффузного гломерулонефрита — это конечная стадия нефрита (хроническая уремия). Все формы хронического гломерулонефрита в конце концов переходят в терминальную. Во время беременности эта форма заболевания практически не наблюдается, так как детородная функция резко снижается при значительном поражении почечной паренхимы.

Частота различных форм хронического нефрита у беременных не соответствует таковой вне беременности.

Наблюдавшиеся нами беременные, больные хроническим гломерулонефритом, распределялись по формам заболевания следующим образом: латентная у 63% женщин, смешанная у 25%, гипертоническая у 7%, нефротическая у 5%. Большинство беременных страдали наиболее легкой формой заболевания.

Во время обострений хронического гломерулонефрита развивается клиническая картина, подобная острому нефриту, или только усиливается выраженность основных проявлений заболевания: нарастают отеки, увеличиваются протеинурия или гематурия, повышается артериальное давление, растет титр противострептококковых антител.

Обострение хронического гломерулонефрита во время беременности отмечается редко. Мы наблюдали обострение хронического нефрита у трех женщин. У больной с латентной формой хронического гломерулонефрита обострение было диагностировано при сроке беременности 16 недель, когда протеинурия достигла 6,6 г/л (6,6%о), артериальное давление— 160/100 мм рт. ст., появилась анасарка. В 28 недель произошла внутриутробная смерть плода. У другой больной, со смешанной формой гломерулонефрита, обострение воспалительного процесса возникло при сроке 8 недель и беременность была прервана. Обострение заболевания у третьей больной выявлено в 36 недель; досрочно произведено кесарево сечение.

У большинства наблюдавшихся нами женщин, у которых не было обострения гломерулонефрита, симптоматика заболевания была такой же, как до беременности. Основные симптомы гломерулонефрита встречались со следующей частотой: у 35% больных заболевание протекало во время беременности с гипертонией, у 32% — с отеками. У 12% больных гипертонической или смешанной формой нефрита выявлен спазм сосудов сетчатки глаз, а у 21% женщин имелись электрокардиографические признаки изменения миокарда. Акцент II тона во втором межреберье справа у грудины выслушивался у 18% больных с повышенным артериальным давлением.

Протеинурия разной степени — от 0,33 до 30 г/л (от 0,33 до 30%о) наблюдалась у 84% больных. У остальных женщин в моче были только следы белка. Гематурия (от 20 до 100 эритроцитов в поле зрения) отмечена у 46% женщин, цилиндрурия — у 57%. Концентрационная способность почек была нарушена только у 13,2% больных. Азотемия отмечена у 4 больных. У 65% женщин пробы Нечипоренко или Каковского—Аддиса выявили преобладание гематурии над пиурией.

Анемия во время беременности возникла у 26% больных (НЬ 83—98 г/л, или 8,3—9,8,%). Гипопротеинемия меньше 65 г/л (6,5 г%) обнаружена у 16% больных с большой протеинурией. Гиперхолестеринемия выявлена у 19% женщин.

3. Очаговый гломерулонефрит

Редко во время беременности возникает такая форма заболевания, как очаговый гломерулонефрит. Он развивается не после инфекционного заболевания, а во время него. При этом в результате прямого токсико-бактериального воздействия поражается только часть нефронов. Возбудителями очагового нефрита могут быть разнообразные микроорганизмы, Заболевание возникает чаще в детородном возрасте (20—30 лет). Клиническая картина характеризуется появлением изменений в моче во время какого-либо инфекционного заболевания (грипп, острое респираторное заболевание, ангина, пневмония, аппендицит, гнойничковое поражение кожи и др.). Гематурия — наиболее частый симптом. Она может сопровождаться небольшой протеинурией, изредка цилиндрурией. Общие симптомы (отеки, гипертония, гипопротеинемия, азотемия, снижение клубочковой фильтрации) обычно не наблюдаются. Боли в пояснице редкие и слабые. Тяжесть процесса определяется основным инфекционным заболеванием или неинфекционной интоксикацией (например, медикаментозной), а не очаговым нефритом.

Очаговый гломерулонефрит может продолжаться до 2—3 месяцев затем полностью излечивается. Реже развиваются рецидивирующие формы, при которых гематурия появляется вновь при повторных инфекционных заболеваниях или охлаждении тела.

От латентной формы диффузного хронического гломерулонефита очаговый нефрит можно отличить по данным анамнеза (указания на совпадение начала нефрита с инфекцией или интоксикацией). Кроме того, при латентной форме хронического гломерулонефрита иногда наблюдаются минимальные внепочечные проявления: небольшие отеки под глазами, кратковременное повышение артериального давления, снижены клубочковая фильтрация и фильтрационная фракция.

Прогноз при очаговом нефрите благоприятный. Даже рецидивирующие формы обычно полностью излечиваются и не переходят в хронический диффузный гломерулонефрит. Беременность у женщин с очаговым нефритом обычно не осложняется присоединением позднего токсикоза, преждевременными родами или повышенной перинатальной смертностью. Поэтому очаговый нефрит, развившийся во время беременности, не является показанием для ее прерывания.

Гломерулонефрит оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности и, особенно на состояние плода. Поздний токсикоз беременных развивается почти у половины больных гломерулонефритом. Это осложнение беременности часто возникает раньше обычных сроков (28 недель). Поздний токсикоз, так же как и другие осложнения (преждевременные роды, незрелость плода), находится в прямой зависимости от того, протекает ли гломерулонефрит с повышенным или с нормальным артериальным давлением. Ученые выявили тяжелый поздний токсикоз у 16,3% больных хроническим гломерулонефритом, перинатальная смертность у них была 143%о и незрелость плодов — 12,5%. У больных с нормальным артериальным давлением эти показатели были в 4—10 раз меньше, чем у больных с гипертонией.

Анализируя течение беременности при гломерулонефрите, мы обнаружили поздний токсикоз у 35% женщин, в том числе нефропатию у 27%, преэклампсию у 2%; перинатальная смертность составила 140%о. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты наблюдалась у 2% женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Заболевания почек и беременность М.М.Шехтман. – М.: Медицина, 1980
2. Физиология почек А. Вандер Санкт-Петербург, 2000